Aus der medizinischen Poliklinik der Universität Heidelberg
(Vorstand: Professor Dr. Oehme)

STANFORD UNIVERSITY
MAR
8
1938
LIBRARY

Lane Medical Library

Die sozialmedizinische Bedeutung des Ulcus als Volkskrankheit.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

einer

Hohen medizinischen Fakultät

der

Ruprecht-Karls-Universität zu Heidelberg

vorgelegt von

Hermann Becker

Heidelberg 1936
Druck der Heidelberger Verlagsanstalt und Druckerei, Friedrich Schulze, G. m. b. H.

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität Heidelberg

Der Referent: Professor Dr. Oehme
Der Dekan: Professor Dr. C. Schneider
1936

Das Ulcus des Magens und Zwölffingerdarmes, vor zwanzig bis dreißig Jahren noch eine Krankheit unter Vielen, hat in den letzten Jahren eine stets zunehmende Bedeutung gewonnen. Es hat den Anschein, daß der Prozentsatz der Magenkranken und insbesondere der Ulcuskranken ständig noch von Jahr zu Jahr wächst. Während die medizinisch-theoretische Seite des Ulcusproblems in den letzten Jahren von Internisten, Chirurgen und pathologischen Anatomen vielseitig bearbeitet worden ist, fanden die sozial und volkswirtschaftlich interessierenden Gesichtspunkte, nach der Durchsicht der vorliegenden Literatur zu urteilen, bisher erst wenig Berücksichtigung.

In der Poliklinik findet sich nun die Gelegenheit, das Ulcusproblem von diesem Gesichtswinkel aus einer tiefergreifenden Analyse zu unterziehen; denn der Polikliniker sieht die Kranken ebenso, wie der praktische Arzt, mit allen Bindungen an ihr Milieu und kommt ganz automatisch dazu, sie gleich auf den ersten Blick sozial aufzugliedern.

Während in der Klinik jeder Ulcuskranke hinsichtlich der Kurdurchführung die gleichen äußeren Heilungschancen hat, ist im poliklinischen Betriebe die Abhängigkeit des Heilerfolges von vielerlei Bedingungen häuslicher, beruflicher und finanzieller Art offensichtlich. Als Hausärzte und in der Sprechstunde beobachten wir fortlaufend die Veränderungen, welche jeder Krankheitsträger und nicht zuletzt auch der Ulcuskranke erfährt im Hinblick auf seine Persönlichkeit, seine Beziehungen zu den Mitmenschen, seine Arbeitskraft und seine Erwerbsfähigkeit.

Wir sehen nicht nur den Krankheitsverlauf des Patienten während der relativ kurzen Kurdauer, sondern in der Regel auch das spätere Schicksal des Kranken nach der Kur, seine restierenden Beschwerden und evt. Rückfälle, seine berufliche Wiedereinordnung oder fortbestehende Erwerbsminderung, und das alles in engster Bindung mit seinem Zuhause. Das Ulcusproblem erscheint so in einem ganz anderen Licht, das heute sehr beachtet zu werden verdient.

Im Folgenden soll die Aufstellung des Begriffes: Ulcus als Volkskrankheit näher begründet und die enge Verknüpfung aufgezeigt werden, die mit den sozialpolitischen Problemen unserer Zeit besteht. Die dazu notwendigen Unterlagen gewannen wir an Hand der sorgfältig aufgenommenen Krankengeschichten und an Hand von Fragebögen, die wir unseren Kranken zur Ausfüllung zuschickten.

Eine Einschränkung muß bei der Auswertung unseres Materials von vornherein gemacht werden: Es entspricht dem Charakter einer Poliklinik, daß Kranke mit gehobener Lebenshaltung nicht zu ihrer Klientel zählen. Aus der Stadt kommen in erster Linie Fürsorgepatienten zu uns — diese allerdings in früheren Jahren 100 %ig — und in geringerem Maß Selbstzahler der ärmeren Schichten und Kassenpatienten. Vom Lande suchen uns auf kleine Landwirte und Arbeiter. Aus dem Gesagten ergibt sich, daß wir über sozial besser gestellte Bevölkerungsschichten keine beweiskräftigen Aussagen machen können.

Wir haben für unsere Untersuchungen die Geschwürskranken der Jahre 1924 bis Juli 1934 zusammengestellt. Es wurden nur die klinisch typischen und röntgenologisch gesicherten Ulcera statistisch verwertet. Alle Ulcuskranken, die nur einmal zum Röntgen kamen und nicht beobachtet werden konnten, blieben in der Zusammenstellung unberücksichtigt. Von 1934 fanden nur die Fälle Berücksichtigung, deren Beschwerden bereits seit mindestens

einem Jahr charakteristisch in Erscheinung traten. Die Mindestbeobachtungszeit betrug ein halbes Jahr, da die Fragebögen anfangs 1935 zum Versand kamen. Studenten wurden in der Statistik nicht aufgenommen, weil sie infolge des Hochschulwechsels nicht erreichbar gewesen wären.

Die Gesamtzahl der bearbeiteten Ulcera beträgt 644.

Tab. I. (Die Kranken sind unter dem Jahr aufgeführt, in dem sie zuletzt bei uns in Behandlung waren; bei Rückfällen also unter dem Jahr des letzten Recidivs.)

Jahr	Anzahl der Ulcera
1924—26	22
1927—29	87
1930	76
1931	71
1932	85
1933	124
1934 (bis Juli)	177

Aus der Tabelle I geht hervor, daß in den letzten zwei Jahren eine erhebliche Zunahme der Ulcushäufigkeit zu verzeichnen steht. Die in den Jahren 1927—29 bereits nachweisbare Zunahme der Ulcusfälle kann im Wesentlichen auf die in diesen Zeitraum fallende Verbesserung der diagnostischen Röntgentechnik zurückgeführt werden. Für die Jahre nach 1930 spielt dieses Moment jedoch keine ausschlaggebende Rolle mehr.

Um zu erweisen, daß die Ulcuskrankheit in den letzten Jahren wirklich prozentual breitere Volksschichten erfaßt hat, und daß nicht irgendwelche zufälligen Verschiebungen in der Zusammensetzung unseres Patientenmaterials diese Krankheitshäufung vortäuschen, haben wir für die einzelnen Jahrgänge mit einander verglichen: Die Prozentzahl der Ulcera im Verhältnis zur Gesamtzahl der Patienten, der Geröngten, der erkrankten O.K.K.-

Mitglieder, der Fürsorgepatienten und schließlich der Ersatzkassen angeschlossenen und selbstzahlenden Kranken. In allen fünf Reihen ist völlig übereinstimmend während der Jahre 1930—32 eine annähernde Konstanz der Ulcushäufigkeit nachweisbar, während ebenso übereinstimmend in der Zeit von 1932—34 die Zahl der Ulcusfälle in allen Vergleichsgruppen wesentlich zunimmt.

Zu den Zahlen des Jahres 1934 ist kritisch zu sagen, daß sie sich nur auf das erste Halbjahr beziehen. Um auszuschließen, daß etwa die bekannten jahreszeitlichen Schwankungen der Ulcuskrankheit und ebensolche Verschiebungen in der Gesamtpatientenzahl den enormen Anstieg der Ulcusziffer für das Jahr 1934 bedingen, haben wir noch nachträglich die Prozentzahl für das zweite Halbjahr 1934 zum Vergleich mit herangezogen. Auf die Gesamtzahl unserer Sprechstundenkranken entfielen in diesem Zeitraum 7,4 % Ulcuskranke, auf die Gesamtzahl aller geröntgten Patienten 8,6 %; Zahlen also, die durchaus sich denen des ersten Halbjahres anschließen.

Als letzte Kontrolle haben wir auf Grund der Anamnesen die Fälle nach den Jahren zusammengestellt, in denen erstmalig das Ulcus (bei uns oder anderwärts) objektiv festgestellt wurde.

Tab. II.

Jahr	Anzahl der Ulcera
1924—26	36
1927—29	120
1930	87
1931	89
1932	96
1933	119
1934 (bis Juli)	97

Die Tabelle zeigt naturgemäß eine etwas größere Häufigkeit in den ersten Jahrgängen und gegen Tabelle I. ein Absinken in 1934; Letzteres erklärt sich zwanglos aus der Übernahme vieler noch laufend behandelter Fälle aus dem

Vorjahr in Tabelle I., die in Tabelle II. natürlich in Fortfall kommen. Die Tendenz der Steigerung jedoch seit 1932 ist genau die Gleiche!

Diese verschiedenen Zählungen und Kontrollen, die alle in eine Richtung weisen, berechtigen uns zu dem Schluß, daß das Ulcus in unserer Klientel in den letzten drei Jahren tatsächlich nicht unerheblich zugenommen hat. Wenn wir aus dieser bei uns gefundenen Häufigkeitszunahme auch keine Allgemeingültigkeit ableiten wollen, so müssen wir doch Stellung dazu nehmen. Eine Erklärung aus der wirtschaftlichen Lage heraus ist abwegig, da gerade in den letzten zwei Jahren die Arbeitslosigkeit ganz erheblich abgenommen und der allgemeine Lebensstandard des Volkes zweifellos eine Steigerung erfahren hat. Mehr Wahrscheinlichkeit hat die Annahme für sich, daß die erhöhten Anforderungen der letzten Jahre an Körper und Psyche den Boden bereiten halfen für eine Zunahme der Ulcuskrankheit. (Dies umso mehr, als der Ulcuskranke mit dem Formenkreis der vegetativ-Stigmatisierten in Beziehung gesetzt werden kann.) Vielleicht tritt heute die Zahl der vegetativ-Labilen überhaupt stärker in Erscheinung, als vor einigen Jahren, da gerade die Altersklassen, die in der wesentlichen Entwicklungszeit den schädigenden Einflüssen der Kriegsjahre ausgesetzt waren, den heutigen erschwerten Lebensaufgaben mit geringerer Widerstandskraft gegenübertreten, als die entsprechenden Altersklassen früherer Jahrzehnte.

Jedenfalls ist unter unseren männlichen Ulcuspatienten eine Bevorzugung der Altersklassen zwischen zwanzig und dreißig Lebensjahren festzustellen, also der „Kriegsgeneration". Tabelle III. zeigt die Verteilung unserer Ulcuskranken auf die verschiedenen Lebensdezennien, getrennt nach Männern und Frauen. Wir finden für das männliche Geschlecht einen Gipfelpunkt im dritten Jahrzehnt, für das weibliche dagegen zwei weniger hohe Gipfel im vierten und sechsten Lebensdezennium. Absolute

Beweiskraft käme diesen Zahlen nur zu bei Übereinstimmung mit dem entsprechenden Gesamtverteilungsschlüssel unserer Sprechstunde, über den wir leider nicht verfügen. In einer vorher an unserem Institut durchgeführten statistischen Erhebung konnte aber Seligmann (Inaug.Diss. Heidelberg 1933) nachweisen, daß die prozentuale Verteilung der Ulcuskranken, bezogen auf die Gesamtzahl aller Magen-Darmgeröntgten, auf die verschiedenen Altersklassen die gleiche ist, wie in unserer Statistik. Beide Zählungen zeigen, daß der Gipfel der Ulcera zwischen zwanzig und dreißig erst seit zwei bis drei Jahren bemerkbar ist, eine Tatsache, die zu Gunsten der obengenannten Vermutung spricht.

Tabelle III.

Männer

Jahrgang	10—20	21—30	31—40	41—50	51—60	61—70	Über 70
Zahl	18	168	141	64	61	24	5
Prozent	3,8	35,0	29,4	13,3	12,5	5	1

Frauen

Jahrgang	10—20	21—30	31—40	41—50	51—60	61—70	Über 70
Zahl	10	30	37	22	30	16	1
Prozent	6,8	20,5	25,3	14,1	20,5	10,9	1,7

Es mögen noch kurz einige klinische Zahlen folgen, die im wesentlichen mit den Angaben anderer Autoren übereinstimmen. Von unseren Ulcusträgern waren:

480 : Männer = 74,5 %
164 : Frauen = 25,5 %

Das Ulcus duodeni ist beim männlichen Geschlecht also dreimal häufiger, als beim weiblichen. Dem entspricht in fast genauer Übereinstimmung, daß nach dem Gesamtpatientenmaterial 5,3 % aller Männer und 1,7 % aller Frauen Ulcusträger sind (= 3,1 : 1).

Betreffs der anatomischen Ulcuslokalisation fanden wir

179 Ulcera ventriculi
458 Ulcera duodeni
7 Atypische Fälle

Es verhält sich also die Häufigkeit des Ulcus duodeni zu der des Ulcus ventriculi wie 3 : 1. Weil es für unsere Fragestellung unwesentlich erscheint, ob im einzelnen Falle ein frisches Ulcus vorliegt oder aber der Folgezustand mit typischen Beschwerden, haben wir alle gröberen (röntgenologisch nachgewiesenen) Bulbusdeformationen mitverwertet. Deren Zahl beträgt (unter Vernachlässigung relativ belangloser Narben) 108 = 16,8 % aller Ulcusfälle und 23,4 % der Duodenalulcera. Rund ein Viertel aller Ulcera duodeni veranlaßte also stärkere Deformationen des Bulbus. Werden sie nicht mit einbezogen, so verhalten sich die Ulcera ventriculi zu den Ulcera duodeni wie 1 : 2. Auf das Bestehen einer Gastritis haben wir seit 1930 besonders geachtet. Sie fand sich ziemlich gleichmäßig in den einzelnen Jahrgängen in etwa 60 % aller Ulcusfälle.

Was den eigentlichen sozialmedizinischen Fragekomplex anlangt, so haben wir zunächst untersucht, ob etwa eine Abhängigkeit der Ulcushäufigkeit von wohnungspolitischen und wirtschaftsgeographischen Faktoren nachweisbar ist.

Eine Aufteilung unserer Ulcuspatienten nach Wohnortsverhältnissen d. h. in Stadtbewohner (dörfliche Eingemeindungen abgerechnet) und Landbewohner (zuzüglich Vororten dörflichen Charakters) ergibt ein Häufigkeitsverhältnis des Ulcus von 24,8 % zu 75,2 % zu Lasten der Landbewohner. Bei der Aufteilung nach wirtschaftsgeographischen Gesichtspunkten in Bewohner der industrie- und gewerbebetriebereicheren Gebiete der Stadt Heidelberg, der Nachbarstädte und der wirtschaftlich angegliederten Rheinebene einerseits und Bewohner der vorwiegend landwirtschaftlichen Gebiete des Neckarlandes und entfernteren Odenwaldes andererseits ergibt sich dagegen ein Häufigkeitsverhältnis von 85 % zu 15 % zu Lasten der Industriewirtschaftsgebiete.

Beide Aufstellungen führen also zu einem gänzlich

widersprechenden Ergebnis, das die Unzulänglichkeit derartiger soziologisch-statistischer Gliederungen erweist und Rückschlüsse auf Zusammenhänge zwischen Ulcusdisposition und flächig-geographischer Bevölkerungsschichtung verbietet.

Zur Klärung der Frage, ob und wieweit die Berufstätigkeit von Einfluß ist auf die Häufigkeit der Erkrankung an Ulcus, haben wir einerseits den Prozentsatz der Ulcusträger unter den fast durchweg arbeitslosen Fürsorgepatienten in Beziehung gesetzt zu demjenigen aller übrigen erwerbstätigen Ulcuskranken, auf der anderen Seite haben wir unsere 644 männlichen und weiblichen Ulcuspatienten nach Berufen aufgeteilt.

So fielen auf die Fürsorgeempfänger (also die Arbeitslosen) in den Jahren 1931—34 nur 2,1%, auf den gesamten erwerbstätigen Patientenrest (O.K.K. plus Ersatzkassen) dagegen 6,1 % Ulcuskranker. Dabei sind die Gesamtpatientenziffern nahezu gleich (5600 bzw. 5460).

Eine Aufstellung der Ulcuskranken nach Berufen ergibt das folgende Bild:

Tabelle IV.

Männer

	Landwirte	Gewerbetreibende	Fabrikarbeiter	Erdarbeiter Taglöhner	Kaufmännische Angestellte Reisende	Beamte	Ohne Beruf Altersvers. Invalidenvers.
Ulcera	37	163	168	31	38	31	12
%	7,9	33,9	35,0	6,5	7,7	5,6	2,5

Frauen

	Hausangestellte	Arbeiterinnen	Sekretärinnen Verkäuferinnen	Hausfrauen	Ohne Beruf Altersvers. Invalidenvers.
Ulcera	8	21	11	98	8
%	20,8	52,5 (der Berufstät.)	27,5	67,2 (der Ges'zahl)	5,4

Von den berufstätigen Frauen gehören 52,5 % dem Arbeiterinnenstande an (darunter sehr viele aus der Tabakindustrie), während der Rest sich ziemlich gleichmäßig auf die anderen Berufsgruppen verteilt. Es erkran-

ken nur 17 Frauen arbeitsloser Männer (die ihre Frauen bei der Hausarbeit unterstützen können) gegenüber 81 Frauen berufstätiger Männer.

Es erscheint naheliegend, die Art der Berufsarbeit mit der Häufigkeit der Ulcusentstehung in Beziehung zu setzen. Leider verfügen wir aber nicht über eine Aufstellung der einzelnen Berufsgruppen am Gesamtpatientenmaterial, sodaß dieser beruflichen Gliederung keine sichere Beweiskraft bezüglich der Abhängigkeit der Ulcusgenese zukommt. Wir dürfen jedoch mit aller Reserve die Vermutung aussprechen, daß die in der Hauptsache langfristig erwerbslosen Fürsorgepatienten eine geringere Erkrankungsziffer aufweisen, als die übrigen Bevölkerungsschichten. Überraschenderweise scheinen sich also die psychischen Momente, die sich aus dem Schicksal der Arbeitslosigkeit und den damit zusammenhängenden Sorgen ergeben, nicht im gleichen Maß auf die Häufigkeit der Ulcusentstehung auszuwirken. Möglicherweise gleicht der Fortfall der beruflichen Arbeit die Wirkung der psychischen Momente in gewisser Hinsicht wieder aus. (Auch Lapp und Neuffer berichteten bei dem Wiener chirurgischen Material von der auffallend niedrigen Zahl der arbeitslosen Ulcusträger.)

Über die Häufigkeit der Ulcusgenese der in landwirtschaftlichen Betrieben beschäftigten Bevölkerung läßt sich auf Grund dieser Ziffern nichts Bindendes aussagen. Eine Statistik der Ulcuskranken beiderlei Geschlechts am Gesamt-Röntgen-Material der Jahre 1931—34 ergibt eine prozentuale Beteiligung von 8,4 % aller Kranken, eine Zahl, die erweist, daß auch diese im Prinzip gesünder lebenden Bevölkerungskreise nicht sonderlich verschont bleiben.

Über das Schicksal unserer Ulcuspatienten haben wir auf Grund der Antworten, die auf unsere rundgesandten Fragebögen eingingen, ein klares Urteil zu gewinnnen gesucht.

Von insgesamt 644 ausgesandten Fragebögen wurden 392 ausführlich beantwortet = 60,9 %. 22 weitere Fragebögen meldeten den Tod des Patienten, sodaß wir über das Schicksal von 414 Ulcuskranken genau unterrichtet sind. (Die Zahl der Antworten entspricht etwa dem Ergebnis, das andere Rundfragen zu statistischen Zwecken aufzuweisen hatten, nämlich 63 — 75 %.)

Von den 414 Ulcusträgern, über welche Nachricht einging, gaben 111 an, gänzlich beschwerdefrei zu sein (= 26,8 %). 17 Kranke äußerten geringfügige Beschwerden (= 4,4 %), während 264 mitteilten, nicht beschwerdefrei zu sein (= 63,7 %). Würden wir die beiden ersten Gruppen als geheilt betrachten, so ergäbe sich ein Heilungsprozentsatz von 30,9 %. Damit stimmt wohl überein das Ergebnis der im Anschluß an die Behandlung röntgenologisch sichergestellten Heilungserfolge; bei 130 Patienten = 31,4 % war nach Abschluß der Behandlung kein Ulcus mehr nachzuweisen. Sondern wir weiter alle Kranken aus, die sich praktisch wohl fühlen, Alles oder fast Alles essen könnnen, schmerzfrei sind und höchstens bisweilen über saures Aufstoßen oder Sodbrennen klagen, und fassen wir alle diese Fälle zusammen mit den obengenannten unter der Gruppe der praktisch Geheilten zusammen, so ergibt sich eine
Heilung in 182 Fällen = 43,9 %
Nur gebessert wurden 131 Kranke = 31,6 %
Der Prozentsatz aller Heilungen und Besserungen beträgt also 75,5. Ihm gegenüber stehen 79 offenbar ungeheilte Fälle = 19,1 % und 22 Todesfälle = 5,4 %.

Die Ergebnisse, getrennt in Männer und Frauen, lassen eine fast genaue Übereinstimmung erkennen, sodaß wir die von Kalk gefundene größere Heilungstendenz beim weiblichen Geschlecht nicht bestätigen können.

Eine Aufteilung nach Jahrgängen zeigt, daß die Zahl der Nicht-Gebesserten bei denen, die 1933 bei uns in Behandlung standen, am größten ist. Sie ist bedeutend

geringer in den Jahren vorher (hier wird man also von Dauerheilungen sprechen dürfen) und sie ist geringer für 1934 (was bei einer Latenzzeit von einem halben bis einem Jahr noch nicht als Dauererfolg gewertet werden darf).

Von den Gestorbenen starben interkurrent 8 = 36,3%. An ihrem Magenleiden starben 16 = 65,7 %, davon 6 postoperativ (Ulcusoperation), 6 an Magencarcinom. Diese 6 Carcinome betragen noch nicht 1 % der Gesamtsumme. Wenn sie alle als Ulcuscarcinome gewertet werden, so bewegt sich diese Zahl immer noch an der unteren Grenze der Literaturangaben.

Bei einer Krankheit von der Verbreitung des Ulcus ist ein Dauererfolg von 44 % ein recht betrübliches Ergebnis, für den Ulcuskranken sowohl, wie für die Gesamtheit. Wie ist dies schlechte Ergebnis zu erklären?

Die Fragen, die wir diesbezüglich stellten, bezogen sich entsprechend der Themawahl nicht auf klinische Daten, sondern auf soziologische Gegebenheiten, denen beim Gelingen oder Nichtgelingen der Kur eine maßgebliche Rolle zufällt.

Wir berichten zusammenfassend zuerst über den Einfluß der Arbeitslosigkeit. Von 95 arbeitslosen Männern wurden:

Geheilt	26 = 27,4 %	Zus. 71,6 %
Gebessert	42 = 44,2 %	
Nicht Gebessert	27 = 28,4 %	

Dem gegenüber stellen wir 216 in Arbeit stehende Männer, die von insgesamt 340 antworteten:

Geheilt	144 = 52,8 %	Zus. 82,9 %
Gebessert	65 = 30,1 %	
Nicht Gebessert	37 = 17,1 %	

Der Vergleich zeigt, daß die Arbeitslosen bezüglich der Ausheilung schlechter daran sind, als die in Arbeit Stehenden. Es widerspricht das etwas der geringen Zahl der erwerbslosen Ulcuskranken überhaupt. Die Bedingungen müssen hier anders liegen, d. h. Faktoren, die bei

der Ulcusentstehung eine geringere Rolle spielen, als die der schweren körperlichen Arbeit, scheinen bei der Ausheilung zu dominieren. (Angedeutet mag nur werden, daß unter den Erwerbslosen der Prozentsatz derer, denen die intellektuellen und moralischen Voraussetzungen zur Durchführung einer regulären Kur zum Teil ermangeln, doch wohl größer ist, als unter den Arbeitenden.) Einen hübschen Beweis dafür, wenn auch mit kleinen Zahlen, bringt folgende Tabelle: in 19 Fällen kam der Kranke noch vor der Ausheilung in Arbeit. Davon sind:

Geheilt	10 = 62,6 %	Zus. 94,2 %
Gebessert	6 = 31,6 %	
Nicht Gebessert	3 = 5,8 %	

In 20 Fällen wurde der Kranke als Ulcusträger arbeitslos. Es sind:

Geheilt	4 = 20 %	Zus. 45 %
Gebssert	5 = 25 %	
Nicht Gebessert	11 = 55 %	

Eine Überwertung relativ geringer Restbeschwerden wäre aus der Psychologie des Arbeitslosen durchaus verständlich. Das Ergebnis bleibt jedoch, wenn wir auch diesen Momenten bei der Beantwortung der Fragebögen breitesten Spielraum gewähren, das Gleiche: Der erwerbslos Gewordene leidet unter seiner trostlosen Lage derart, daß sein Magenleiden für ihn nicht zur Ausheilung kommt (vielleicht auch bei nicht mehr nachweisbarer Nische; also als Fixation).

Als Ergänzung bringen wir im Folgenden eine Aufstellung der Heilungserfolge in Abhängigkeit von der Frage der Kostenübernahme.

Tab. VI.

	Kasse	%	Fürs.	%	Selbstzahler	%	Privatkassen	%	Selbstz. u. Privatk.	%
Geheilt .	117	12,7	29	17,5	18	62,1	15	62,5	33	62,4
Gebessert	89	34,4	33	41,3	7	24,1	88	33,3	15	28,3
Zus. . .	206	79,6	62	77,6	25	86,2	23	95,8	48	90,7
Nicht Geb.	53	20,4	18	22,4	4	13,8	1	4,2	5	9,3

Die Ergebnisse zeigen, daß die Krankenkassenmitglieder kaum besser daran sind, als die Fürsorgeempfänger (also überwiegend Erwerbslosen). Wirklich besser stehen sich nur die Selbstzahler, insbesondere die Angehörigen der Privatkassen.

Im Übrigen frugen wir ausdrücklich nach Schwierigkeiten im Verlauf der Kuren. 125mal, also in 32 % fanden wir Angaben darüber (abzüglich der beruflich bedingten Erschwerungen). Diese Angaben wurden von Erwerbslosen nur zur knappen Hälfte gemacht, stellen also, unabhängig von der Arbeitslosigkeit, eine wesentliche Ergänzung dar zur Frage nach sozialer Lage und nach Milieu des Uulcusträgers. Es geben an: 99 Nahrungsmangel; 26 Pflegemangel (21 davon unverheiratet).

Geheilt sind	40 = 32 %	Zus. 66,4 %
Gebessert	43 = 34,4 %	
Nicht Gebessert	42 = 33,6 %	

Ganz ähnlich verhält es sich mit Angaben über Mangel an Heizmaterial, schlechte Wohnungsverhältnisse und häuslich Aufregungen. Wir hören davon 151mal, das sind 38,5 %. Davon sind

Geheilt	46 = 36,6 %	Zus. 70,2 %
Gebessert	50 = 33,5 %	
Nicht gebessert	45 = 29,8 %	

Der hohe Prozentsatz der nicht Gebesserten in beiden Fällen sagt genug.

Aufschlußreich ist die Untersuchung der Beziehungen zwischen der Art der Beschäftigung und Ulcusheilung. Die einzelnen Berufe wurden zu diesem Zweck zu drei großen Gruppen zusammengefaßt, denen das Charakteristische der einzelnen Beschäftigungsarten gemeinsam ist. (Die Prozentsätze sind für jede Gruppe unter Umrechnung ihrer Ulcusfälle auf 100 errechnet.)

Tab. VII. Männer:

	Bauern	%	Handarbeiter (Gewerbetreibende Fabrikarb. u. s. w.)	%	Kopfarbeiter (Beamte u. Kaufleute u. s. w.	%
Geheilt	14	53,8	103	44,4	23	43,4
Gebessert	8	30,8	73	31,5	26	49,1
Zusammen	22	84,6	176	75,9	49	92,5
Nicht Gebessert	4	15,4	56	24,1	4	7,5

Frauen:

	Berufstätige (Hausangestellte, Arbeiterinnen, Sekretärinnen)	%	Hausfrauen	%
Geheilt	12	44,4	31	57,4
Gebessert	6	25,9	16	29,5
Zusammen	13	70,3	47	86,9
Nicht Gebssert	8	29,7	7	13,1

Es ergibt sich, daß die beste Heilungstendenz die relativ ruhigen Berufe aufweisen (Beamte, Kaufleute), ferner die landwirtschaftlich tätige Bevölkerung, während die schwer Arbeitenden und im ungesünderen Milieu Lebenden ungleich schlechter gestellt sind. Bei den Frauen zeigt sich die Heilungsziffer der Hausfrauen der der Berufstätigen weitaus überlegen. Eine Differenzierung jedoch zeigt, daß wieder die Tabakarbeiterinnen die Heilungszahl herabdrücken, während die Zahl der nicht gebesserten Hausangestellten und Sekretärinnen mit je 14,3 % der der Hausfrauen sehr nahe kommt.

Von Schwierigkeiten bei der Kurdurchführung, bedingt durch beruflichen Zwang, berichteten 35 Kranke. 22 hiervon mußten ihr Essen (kalt) an die Arbeitsstelle mitnehmen, 9 mußten im Gasthof essen und 5 Eisenbahner nahmen ihr Essen auf der Fahrt ein. Daß unter solchen Umständen eine Ulcuskur erfolglos sein muß, bedarf keiner näheren Erläuterung.

Im Anschluß an die letzte Aufstellung erhebt sich die Frage, ob durch andere, als poliklinische Behandlung die Ergebnisse zu verbessern sind. Wir haben des-

halb die verschiedenen Behandlungsmethoden an unserem Material gegenübergestellt.

Ergebnisse nach Krankenhausbehandlung. 158 Kranke = 43,3 % waren in stationärer Behandlung (vor dem Besuch bei uns 18). Es sind

Geheilt	68 = 43,1 %	Zus. 77,8 %
Gebessert	55 = 34,7 %	
Nicht Gebessert	35 = 22,2 %	

Von 73 Kranken wissen wir die Dauer des Krankenhausaufenthaltes: In 43,9 % 4 Wochen, in 23,3 % kürzer, in 32,8 % länger. Mehrfach im Krankenhaus waren 40 %. Hauskuren machten 122 Kranke (vor- oder nachher); die Dauer dieser Kuren betrug zu 63 % 4 bis 10 Wochen, zu 37 % weniger. Die Ergebnisse sind bedeutend besser, als nach nur zu Hause durchgeführte Kuren. Deren Zahl beträgt 182 = 46,4 %, ohne 26 Fälle, in denen überhaupt keine Kur durchgeführt worden war, und unter Berücksichtigung von 28 Kranken, die nach vergeblichen Kuren zur Operation kamen. Es sind:

Geheilt	69 = 37,9 %	Zus. 67,1 %
Gebessert	52 = 29,2 %	
Nicht Gebessert	61 = 32,9 %	

Von den Geheilten hielten die Diät 58% 4 bis 6 Wochen; kürzer 18 %, länger, zum Teil bis zu einem Jahr, 24 %.

Zur Kritik der stationären und poliklinischen Behandlungsergebnisse ist Folgendes zu sagen:

Wir fanden, daß von insgesamt 248 Berufstätigen während der poliklinischen Behandlung nur 137 Kranke mit ihrer Arbeit aussetzten, daß also 111 ihre Kur ambulant durchführten. Es versteht sich, daß dadurch die Therapie weniger erfolgreich sein muß und daß dies der poliklinischen Behandlung zur Last fällt. Hierdurch wird auch zum Teil erklärt, warum die von der Fürsorge Betreuten kaum schlechter gestellt sind, als die Kassenmitglieder: Sie können zur Kur ja ohne weiteres die erforderliche Ruhe einhalten. Deshalb ist zu fordern, daß die Kassenmit-

glieder in jedem Fall die Möglichkeit haben, wenigstens 14 Tage mit der Arbeit aussetzen zu könnnen. Es ist außerordentlich unökonomisch, am frischen Ulcus sparen zu wollen; die später notwendigen Kuren, der früher oder später doch eintretende Arbeitsausfall zwingen zu der Ausgabe des Vielfachen an Geldmitteln, als es ursprünglich erforderlich gewesen wäre.

Einen guten Überblick hierüber gibt eine Zusammenstellung der Recidive. Nur bei einem kleinen Teil verfügen wir objektive Befunde; da es aber für die notwendige Behandlung sowohl wie für die Frage nach dem subjektiven Krankheitsgefühl belanglos ist, ob es sich um ein neues Ulcus handelt oder um neu aufflackernde Beschwerden eines noch nicht abgeheilten Ulcus, sind die aus der Rundfrage entnommenen Angaben beweisschlüssig.

251 Kranke erzählen von Rückfällen, das sind 64,1% aller durch die Rundfrage Erfaßten. Mehrfache Recidive hatten 173 Kranke, = 43,7%. Behandeln ließen sich 67,3%; der Rest ging zum Kurpfuscher oder ergab sich in die Beschwerden. Die Beschwerden derer, die sich ihrer Rückfälle wegen in ärztliche Behandlung begaben, zwangen in den meisten Fällen neben mehrfachen Hauskuren zu intern stationärer Therapie, vielfach sogar zu operativen Eingriffen.

In dem Zusammnhang sollen die operativen Ergebnisse angeführt werden. Das Material ist zwar nicht groß, deckt sich aber mit den großen chirurgischen Statistiken.

Operiert wurden von den Kranken, die uns antworteten, 74 = 18,8 %. Nach dem Besuch bei uns kamen 50 Patienten zur Operation = 12,7 %. Als Operationsgrund erfahren wir: 50mal vergebliche Kur, 8mal Perforation, 2mal Blutung, 5mal Pylorusstenose, 2mal Carcinomverdacht (nicht bestätigt); vom Rest ist der Anlaß zum Eingriff nicht bekannt. Es sind nach Abzug von 9 Gastroenterostomien, die vor dem Besuch bei uns vorgenommen wurden und die das Ergebnis natürlich verschlechtern,

nach Vornahme einer Resektion (nach dem Billroth'schen Prinzip):

Geheilt	36 = 55,4 %	Zus. 86,2 %
Gebessert	20 = 30,8 %	
Nicht Gebessert	9 = 13,8 %	

Drei der erfolglos Operierten wurden später noch durch interne Maßnahmen geheilt, 7 etwas gebssert.

Die Erfolge, die mit interner (poliklinischer und stationärer) Behandlung erzielt wurden, mögen zum Vergleich folgen: Von 340 Kranken sind:

Geheilt	137 = 40,9 %	Zus. 71,8 %
Gebesert	107 = 30,9 %	
Nicht Gebessert	96 = 28,2 %	

Die Restbeschwerden der (chirurgisch) Gebesserten, wie der Nicht Gebesserten decken sich durchaus mit den Erfahrungen der anderen Autoren (die die Ursache zumeist in einer anaciden Gastritis sehen). Eine soziale Operationsindisation, an die man denken könnte bei der Gegenüberstellung der 86 % chirurgisch Gebesserten (überwiegend nach mehreren erfolglosen internen Kuren!) und der 72 % mit interner Therapie Gebesserten, ist natürlich abzulehnen. Strengste Indikationsstellung hat nach wie vor die Basis zu sein, auf der ein chirurgischer Eingriff erwogen wird! Bei der Beratung des Einzelnen aber werden natürlich oft neben medizinischen Momenten solche mehr oder weniger sozialer Natur eine mitbestimmende Rolle spielen.

Durch bis in's Einzelne gehende Fragen verschafften wir uns Klarheit über das subjektive Befinden des Ulcuskranken (unabhängig von Heilung oder Besserung) und die damit konform gehende Minderung von Lebensfreude und Leistung. Ohne auf die einzelnen Zahlen einzugehen soll nur mitgeteilt sein, daß zwischen 24 % und 35 % aller befragten Kranken heute noch klagen über: Schmerzen, allgemeines Elendsgefühl, Übelkeit und gelegentliches Erbrechen, Sodbrennen, Völlegefühl und überhaupt den

ganzen gastritischen Symptomenkomplex mit dauerndem Gebrauch von Neutralisationsmitteln, Stuhlbeschwerden (Diarrhoe oder, öfters, Obstipation), Gezwungensein zur Einhaltung leichter Dauerdiät. Ein beträchtlicher Teil aller Ulcuskranken ist also auf die Dauer irgendwie geschädigt; insbesondere ist die Zahl der „Magenkrüppel" außerordentlich groß. Das Ulcus vermag es demnach trotz seiner relativen Harmlosigkeit, ¼ bis ⅓ der Betroffenen in ihrem Lebensgefühl zu beeinträchtigen und damit ihre Leistung und Arbeitskraft zu reduzieren.

Nachdem wir den Bedingungen nachgegangen sind, die auf den Verlauf der Krankheit und die Lage des Kranken von Einfluß sind, soll noch untersucht werden, ob und wieweit die Patienten selbst Schuld haben an schlechten Ergebnissen.

Vor Allem: Wie gewissenhaft werden die Kuren durchgeführt? Da findet sich z. B. 26mal die Angabe, daß eine kurgemäße Lebensweise überhaupt nicht eingehalten wurde. Dementsprechend fühlen sich 14 dieser Kranken, das sind 54 % schlecht; die Anderen geben an, gebessert zu sein durch: Homöopathie, Heilerde, Tee's u.s.w.

Im Übrigen wurden die Hauskuren relativ gewissenhaft duchgeführt. 60,5 % unserer Kranken hielten sich zwischen 4 und 10 Wochen an die Kostregeln; 13,2 % kürzer, der Rest länger (3 Monate bis ein Jahr und mehr). Eine Kur wurde von 200 Patienten durchgeführt, 2 und mehr Kuren von 139 Kranken. Von denjenigen, die durch interne Maßnahmen nicht gebessert wurden, machten 52,2 % nur eine Kur durch; hiervon hielten 60 % die Diät 4 bis 10 Wochen; 10 % kürzer, und 30 % länger. Eine gewisse Indolenz ist, was die Zahl der Kuren angeht, hier unverkennbar.

Weil von der Art, die Mahlzeiten einzunehmen, alle Magenkrankheiten auf das Nachhaltigste beeinflußt werden, frugen wir auch hiernach sehr eingehend. Wir fanden, daß die Mehrzahl der Kranken sich in ihren Eß-

gewohnheiten nach den bestehenden Beschwerden richtet. Jedenfalls berichten uns nur 6 bis 10 % von hastiger oder allzu reichlicher Nahrungsaufnahme.

Unsere Frage nach Alkohol- und Nikotinabusus förderte nur spärliche Angaben zu Tage und eine angeblich sehr geringe Beeinflussung des therapeutischen Effekts. Diese Angaben widersprechen durchaus den Mitteilungen anderer Autoren. Wir glauben am ehesten, daß viele der nicht gebesserten starken Raucher ihren Nikotiabusus deshalb nicht zugeben, weil sie wissen, daß er an der Chronizität ihres Leidens wesentlich Schuld hat.

Von größerem Einfluß auf den Heilungsverlauf ist in unseren Erhebungen der Kaffeegenuß, der 76mal, das ist in 19,4 % in starkem Maß zugegeben wird. Dementsprechend klagen 34 % dieser Kaffeetrinker über dauernde Beschwerden und schlechtes Allgemeinbefinden.

Zum Schluß soll ein Punkt Erwähnung finden, der in unserem Thema sehr bedeutsam ist. Weiter oben wurde schon berührt, welche finanzielle Bedeutung ein verschlepptes, recidivierendes Ulcus für die Kassen, wie für die Volksgemeinschaft hat. Darüberhinausgehend suchten wir noch zu erfragen, inwieweit das Ulcus seinen Träger in seinem Verhältnis zum Volksganzen schädigt. Wir hatten in unserer Sprechstunde den Eindruck, daß der Ulcuskranke doch recht oft aus seiner Bahn herausgeworfen wird.

Wir erfuhren, daß in 47 Fällen, das sind 11,9 %, das Ulcus die Kranken in ihrer Arbeitsfähigkeit herabgemindert hat. 17 Kranke verloren ihre Arbeit; 7 davon vorübergehend, 10 dagegen waren zur Zeit der Befragung noch erwerbslos, 18 Kranke mußten die Arbeit wechseln und konnten nur noch geringer bezahlte Arbeit leisten. 6 Patienten wurden invalidisiert wegen ihres Ulcus. 6 der Befragten schließlich sind dauernd arbeitsunfähig geworden und fallen, da die Voraussetzungen zur Invalidisierung nicht erfüllt sind, der Fürsorge zur Last.

Jeder zehnte Ulcuskranke also wird aus seinem Arbeitskreis herausgerissen, in seiner Leistung für sein Volk erheblich herabgemindert oder sogar ganz ausgeschaltet. Es mag hieraus in Verbindung mit den oben gebrachten soziologischen Verknüpfungen der Schluß berechtigt sein, daß das Ulcus trotz seiner relativen klinischen Gutartigkeit sozialmedizinisch ein schwieriges Problem darstellt, das noch durchaus seiner Lösung harrt.

Zusammenfassung.

1. Das Ulcus kann nach der Zahl der davon Befallenen den großen Seuchen, der Tuberkulose, dem Carcinom und den Kreislaufkrankheiten an die Seite gestellt werden; steht es auch in der Mortalität bedeutend zurück, so vermindert es doch die Arbeitskraft und die Lebensfreude in einem Umfang, daß die Bezeichnung „Volkskrankheit" berechtigt erscheint.

2. An 644 Ulcusfällen findet sich ein starkes Ansteigen in den letzten drei Jahren. Die Altersklasse von 20 bis 30 Jahren stellt seit einigen Jahren den größten Anteil der an Ulcus erkrankten Männer.

3. Die schwer Arbeitenden sind weitaus am meisten betroffen. Eine Bevorzugung städtischer gegenüber ländlicher Bevölkerung ist nicht festzustellen. Die Zahl der erkrankten Arbeitslosen ist relativ gering im Vergleich mit den in Arbeit Stehenden.

4. Die soziale Lage beeinflußt weitgehend die Ergebnisse der Behandlung. Die Erwerbslosen sind schlechter daran, als die Arbeitenden; die Schwerarbeitenden schlechter, als die Kranken mit leichterer Beschäftigung; Kassen- und Fürsorgepatienten schlechter als Selbstzahler und Ersatzkassenangehörige. Der Unterschied zwischen Kassenkranken und Fürsorgeempfängern ist

minimal; das erklärt sich vorzüglich daraus, daß der größte Teil der Kassenpatienten während der Kur zu arbeiten gezwungen war, indeß die Fürsorgeempfänger Ruhe einhalten konnten; es ist deshalb zu fordern, daß jeder ulcuskranke Kassenpatient wenigstens 14 Tage mit der Arbeit aussetzen kann. Allgemein häusliche und finanzielle Schwierigkeiten finden in schlechter Heilungstendenz Ausdruck.

5. Die Zahl der Recidive ist erschreckend groß. Dem entspricht die Bedeutung des öfter recidivierenden Ulcus für Kassen und Volksganzes.

6. Die Zahl derer, die dauernde Beschwerden haben und keine vollwertigen, frohen Menschen sind, ist beträchtlich.

7. An schlechten Ergebnissen sind zum Teil auch die Kranken selbst schuld durch ungenügende Beachtung der Diätvorschriften und übermäßigen Kaffeegenuß; dagegen ließ sich keine wesentlichere Abhängigkeit feststellen von schlechten Eßgewohnheiten und Nikotinabusus.

8. Die Bedeutung des Ulcus für die Volksgemeinschaft durch finanzielle Belastung und speziell durch Eingriffe in die Arbeitsfähigkeit ihres Trägers ist nicht zu unterschätzen; 10 % aller Ulcuskranken sind in dieser Hinsicht dauernd schwer geschädigt!

Herrn Professor Oehme, der mir das Thema der Arbeit freundlicherweise überließ, danke ich auch an dieser Stelle nochmals für die Unterstützung, mit der er mir während der Ausarbeitung jederzeit helfend und wegweisend zur Seite stand. Ebenso bin ich Herrn Oberarzt Paal für seine bereitwillige Hilfe bei der Auswertung des Materials zu größtem Dank verpflichtet.

Literaturverzeichnis.

Bahn und Rüschen: Arch. Verdauungskr., Bd. 45.
Boas: D. Med. Wochenschrift, 1933.
Brown: Journ. Amer. Med. Assoc., Bd. 95.
Dedichen: Norsk. Mag. Laegevidensk., Bd. 93.
Doberer: Arch. Klin. Chir., Bd. 171.
Emery und Morton: Amer. Journ. Roentgenol., Bd. 25.
Enderlen und Zuckschwert: Chirurg, 1933.
Friedrich: Arch. Klin. Chir., Bd. 179.
Goette und Peters: D. Arch. Klin. Med., Bd. 171.
Haugseth: Norsk. Mag. Laegevidensk., Bd. 93.
Henning: Zbl. Inn. Med. 1933.
Kalk: Das Geschwür des Magens und Zwölffingerdarmes.
Konjetzny: Therap. d. Gegenwart; Chirurg 4.
Lapp und Neuffer: D. Med. Wochenschrift, 1934.
Lériche: Presse Med., 1933.
Mattisson: Das Magengeschwür.
Morawitz: Chirurg 5.
Mörl: Bruns Beitr., Bd. 159.
Moßberg: Hygiea, Bd. 95.
Moynihan: Brit. Medic. Journ., Bd. 3704.
Ramb: D. Zeitschr. Chir., Bd. 240.
V. Redwitz: D. Zeitschr. Chir., Bd. 240.
Seligmann: Inaug. Diss. Heidelberg, 1933.
Wanke: D. Zeitschr. Chir., Bd. 228.
Zuckschwerdt und Zettel: Chirurg 5.

Lebenslauf.

Als Sohn des Regierungsrats Philipp Becker und seiner Ehefrau Ida, geb. Kröll wurde ich am 25. April 1910 in Trier geboren. In Jülich besuchte ich die Volksschule und eineinhalb Jahre lang das Gymnasium. Von 1921 ab war ich Schüler des Gymnasiums Limburg (Lahn), wo ich 1930 die Reifeprüfung bestand. Vom Sommersemester 1930 an studierte ich in Würzburg und Kiel Medizin und unterzog mich im Sommer 1932 in Würzburg der medizinischen Vorprüfung. In den folgenden klinischen Semestern besuchte ich die Universitäten Freiburg, Heidelberg und Würzburg. Während der drei letzten Semester studierte ich in Heidelberg, wo ich mir im November 1934 von Herrn Professor Oehme das Thema meiner Doktorarbeit geben ließ. Im Oktober 1935 bestand ich in Heidelberg das medizinische Staatsexamen.

Hermann Becker.